

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1945

THÈSE

N°

522

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Simonne FRESSINAUD-MASDEFIEUX

Externe des Hôpitaux de Paris
Née le 10 mars 1920, à Bourges (Cher)

Présentée et soutenue publiquement le 22 JUIN 1945 1945

**Anomalies pulmonaires non tuberculeuses
révélées par les examens de dépistage
systématique**

Président : M. CHABROL, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1945

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **FRESSINAUD-MASDEFEX**

Prénom : **Simonne.**

Nom de jeune fille : **LOUDENOT**

Date de la soutenance :

Numéro d'ordre :

1

FRESSINAUD - MASDEFEX (Simonne). — Anomalies pulmonaires non tuberculeuses révélées par les examens de dépistage systématique. — *Paris*, Jouve et C^{ie}, édit., 1945, in-8°, 60 p.

(Th. méd. (Et.), *Paris*, 1945,
N°

2

FRESSINAUD - MASDEFEX (Simonne). — Anomalies pulmonaires non tuberculeuses révélées par les examens de dépistage systématique — *Paris*, Jouve et C^{ie}, édit., 1945, in-8°, 60 p.

(Th. méd. (Et.), *Paris*, 1945,
N°

3

FRESSINAUD - MASDEFEX (Simonne). — Anomalies pulmonaires non tuberculeuses révélées par les examens de dépistage systématique. — *Paris*, Jouve et C^{ie}, édit., 1945, in-8°, 60 p.

(Th. méd. (Et.), *Paris*, 1945,
N°

4

FRESSINAUD - MASDEFEX (Simonne). — Anomalies pulmonaires non tuberculeuses révélées par les examens de dépistage systématique. — *Paris*, Jouve et C^{ie}, édit., 1945, in-8°, 60 p.

(Th. méd. (Et.), *Paris*, 1945,
N°



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1945

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Simonne FRESSINAUD-MASDEFIEIX

Externe des Hôpitaux de Paris
Née le 10 mars 1920, à Bourges (Cher)

Présentée et soutenue publiquement le 1945

**Anomalies pulmonaires non tuberculeuses
révélées par les examens de dépistage
systématique**

Président : M. CHABROL, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1945

DOYENS HONORAIRES

MM. H. Roger, Balthazard, Roussy et Tiffeneau

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Balthazard, Bar, Basset, Bezançon, Brindeau, Carnot, Chiray, Claude, Clerc, A. Couvelaire, Cunéo, Delbet, Hartmann, Heitz-Boyer, Jeannin, Laignel-Lavastine, Laubry, Lenormant, Marion, Mulon, Ombrédanne, H. Roger, Roussy, Sannié, Sébilleau, Sézary, Tanon et Tiffeneau.

DOYEN..... BAUDOUIN

ASSESSEUR..... Léon BINET

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.....	ROUVIÈRE.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Assistance Médico-sociale	N...
Bactériologie.....	GASTINEL.
Chimie médicale.....	POLONOVSKI.
Clinique de cardiologie.....	DONZELOT.
Cliniques chirurgicales	BROCQ.
	CADENAT.
	MONDOR.
	QUÉNU,
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie.....	LEVEUF.
Clinique chirurgicale orthopédique.....	MATHIEU.
Clinique gynécologique.....	MOCQUOT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants.....	DEBRÉ (R.).
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale.....	LÉVY VALENSI,
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Cliniques médicales.....	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	HARVIER.
Clinique médicale propédeutique.....	P.-VALLERY-RADOT.
Clinique de Neuro-chirurgie.....	VILLARET.
Cliniques obstétricales.....	VINCENT (Cl)
	LANTUÉJOUL.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique ophtalmologique	PORTES.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	VELTER.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique médicale.....	SÈNÈQUE.
Clinique de la Tuberculose.....	IOEPER.
Clinique urologique.....	TROISIER
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	N...
Histologie.....	LIAN.
	CHAMPY.

	MM.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	BESANÇON (Justin).
Hygiène et clinique de la première enfance.....	CATHALA.
Hygiène et médecine préventive.....	JOANNON.
Médecine légale.....	DUVOIR.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT (E.).
Pathologie chirurgicale.....	PETIT-DUTAILLIS
Pathologie expérimentale et comparée.....	BÉNARD (Henri).
Pathologie médicale.....	CHABROL.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pharmacologie et matière médicale.....	HAZARD.
Physiologie.....	BINET (Léon).
Physique médicale.....	STROHL.
Technique chirurgicale.....	MOULONGUET.
Thérapeutique.....	AUBERTIN.

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. DOGNON (Physique médicale), GAILLARD (Parasitologie), GIROUD (Histologie),
 AYLE M. (Chimie médicale), LAROCHE G. (Médecine générale), OLIVIER (Anatomie),
 VERNE (Histologie).

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.		MM.
Anatomie.....	{ CORDIER. N...	Médecine générale.....	{ GARCIN. DE GENNES. HAGUENAU. LELONG. LENÈGRE. MARCHAL. MOLLARET. MOUQUIN. SOULIÉ.
Anatomie pathologique	{ M ^{lle} GAUTHIER. VILLARS.	Médecine légale.....	{ DESOILLE. DIGONNET. LACOMME. SUREAU. N...
Bactériologie.....	BONNET.	Obstétrique.....	{ RENARD. HALPHEN. LAVIER. N...
Chimie médicale.....	N... AMELINE. FÈVRE. FUNCK-BRENTANO MÉNÉGAUX.	Ophtalmologie.....	RENARD.
Chirurgie générale...	{ PATEL. SICARD. N... N... N...	Oto-rhino-laryngologie.	HALPHEN.
Histologie.....	BULLIARD.	Parasitologie.....	LAVIER.
Hydrologie.....	N...	Parasitologie coloniale.	N...
Hygiène.....	N... BARIÉTY. BERNARD (Ét.). BOULIN. BROUET. CACHERA. COSTE. DELAY.	Pathologie expériment.	LEMAIRE.
Médecine générale....		Pharmacologie.....	{ M ^{lle} J. LÉVY. N... RICHET. N...
		Physiologie.....	DESGREZ (H.).
		Physiologie médicale...	TURPIN.
		Thérapeutique.....	COUVELAIR
		Urologie.....	

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGRÉGÉS

RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM. BASSET (Chirurgie générale), HUGUENIN (Anatomie pathologique),
LE LORIER (Obstétrique), PIÉDELIÈVRE (Médecine légale), VAUDESCAL (Obstétrique).

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

	MM.		MM.
Clinique chirurgicale...	{ GATELLIER. DE GAUDART D'ALLAINES.	Clinique médicale....	{ ALAJOUANINE. CHEVALLIER. LAROCHÉ Guy.
Clinique obstétricale...	ECALLE.	Clinique urologique..	MOREAU. FEY.

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.		MM.
Puériculture.....	N...	Stomatologie.....	DECHAUME.
Radiologie.....	LEDOUX-LEBARD		

	MM.
Secrétaire de la Faculté.....	J. MOREL.
Secrétaire-adjoint.....	M. BRISSIAUD.

Bibliothécaire en Chef.....	A. HAHN.
Bibliothécaires.....	M ^{lles} DUMAITRE, GOICHON, LAURENT.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AUX MIENS

A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR E. CHABROL

Professeur de Pathologie médicale
à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine

En témoignage de mon respectueux attachement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR P. PRUVOST

Médecin de l'Hôpital Laennec

*Qui a bien voulu me conseiller ce travail
et me guider dans sa réalisation.*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

Stage :

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. CARNOT (*in memoriam*)

MONSIEUR LE PROFESSEUR B. CUNÉO (*in memoriam*)

MONSIEUR LE PROFESSEUR HARVIER

Eøternat :

MONSIEUR LE DOCTEUR MILLIAN

MONSIEUR LE PROFESSEUR E. CHABROL

MONSIEUR LE DOCTEUR M. DEBRAY

MONSIEUR LE PROFESSEUR PORTES

MONSIEUR LE PROFESSEUR LE MÉE

Anomalies pulmonaires non tuberculeuses révélées par les examens de dépistage systématique

AVANT-PROPOS

C'est seulement dans les dix dernières années que le dépistage radiologique a été systématiquement étendu en France aux collectivités.

Si, dès 1901, on en trouve trace dans les Archives militaires, ces examens ne prennent une réelle ampleur qu'à partir de 1930. Les tentatives antérieures n'ont été, pourrait-on dire, que des accidents, des essais privés intéressants à plus d'un titre, mais portant sur un nombre trop restreint de sujets.

Après la guerre 1914-1918, des initiatives plus larges se font jour : certaines collectivités, compagnies de chemin de fer, grandes écoles, organisent des centres médicaux de dépistage radiologique ; encore ne s'agit-il souvent que d'un contrôle des ouvriers ou élèves lors de l'admission et bien rares sont les organismes imposant ces examens périodiques de collectivité, actuellement en plein essor, et dont nous n'avons pas ici à défendre la nécessité au point de vue social.

A juste titre, ces examens sont centrés sur le dépistage de la tuberculose pulmonaire et, déjà, nombre de rapports et de statistiques ont confirmé leur intérêt dans ce sens. Que les résultats de ces investigations instituées dans le cadre de la médecine sociale, de la médecine préventive, portent essentiellement sur la tuberculose et les progrès qu'ils entraînent dans sa prophylaxie, dans son traitement, rien n'est plus logique, c'est leur but premier, leur raison majeure.

Nous nous sommes placés sur un terrain, par bien des points, différent. Notre but est d'étudier dans un travail d'ensemble les *anomalies non tuberculeuses latentes révélées par l'examen systématique*. La diversité des faits recueillis et le caractère disparate des observations, de prime abord impressionnants, ne nous ont pas semblé constituer un obstacle valable à cette étude, qui se justifie, non seulement du *point de vue statistique*, mais aussi parfois du *point de vue thérapeutique*. Dépistées à un stade de latence absolue ou à une période de perturbations fonctionnelles si minimes qu'en aucun cas elles n'avaient amené leur porteur à consulter spontanément, certaines de ces anomalies sont, grâce aux examens systématiques, découvertes dans les conditions les plus favorables à une thérapeutique active.

Mais, alors même que ces deux points de vue paraîtraient négligeables, l'intérêt diagnostique, lui, reste constant, et pour le médecin, et pour le spécialiste pratiquant ces examens en série. A méconnaître ces

anomalies non tuberculeuses, à n'avoir pas l'esprit en éveil et occupé de ces possibilités multiples, celui-ci risque de laisser dans l'ombre des faits intéressant la pathologie générale, ou d'aller à des erreurs d'interprétation dont la plus commune est d'attribuer à la tuberculose des lésions qui lui sont étrangères, de prendre de ce fait des décisions contraires à l'intérêt du malade et de la collectivité. La tuberculose reste le problème crucial, mais les exemples que nous rapportons, pour n'être pas de son domaine, n'en devraient pas moins, croyons-nous, contribuer dans une certaine mesure à la mieux mettre en valeur, en précisant ses limites, en la cernant de remarques cliniques et radiologiques utiles.

C'est ce but de précision diagnostique qu'il nous a paru nécessaire de souligner à la lumière des documents recueillis sur l'initiative de M. le Dr P. Pruvost, médecin de l'hôpital Laennec ; sa bienveillance a grandement facilité notre tâche et son autorité était pour nous le plus sûr des guides. Qu'il veuille trouver ici le témoignage de notre reconnaissance. Son assistant, Mme Blanchy-Roux-Berger, que nous remercions de son extrême obligeance, nous a procuré un grand nombre des observations nécessaires à cette étude.

DIVISION DU SUJET

I. La Première Partie de cette étude comprend l'exposé des observations groupées sous les rubriques :

1. Infiltrats.
2. Condensations pulmonaires non homogènes.
3. Images cavitaires.
4. Opacités homogènes tumorales ou kystiques en plein parenchymé.
5. Opacités médiastinales.
6. Images pleurales.
7. Anomalies sortant du cadre de la pneumologie.

II. Dans la Deuxième Partie, après un essai de statistique, nous confronterons nos observations avec les acquisitions récentes fournies par les examens de dépistage.

III. La Troisième Partie indique les remarques générales et les applications pratiques qui se dégagent de cet ensemble.

IV. Conclusions.

Bibliographie.

PREMIÈRE PARTIE

OBSERVATIONS

Il eut été facile, le diagnostic étant connu de grouper ces observations nécessairement disparates sous des rubriques tenant compte du diagnostic, de l'étiologie ou du siège anatomique des anomalies. Mais, à s'en tenir aux faits, le problème posé à l'observateur est, au départ au moins, uniquement radiologique et nous avons estimé que ces observations perdraient de leur intérêt à n'être pas présentées sous cet aspect si particulier de l'examen de dépistage qui, brusquement, sans idée préconçue, nous met en présence d'une anomalie imprévue et sur laquelle nous n'avons, lors de ce premier contact, aucun renseignement. Le diagnostic n'apparaît bien souvent qu'avec un certain recul, lorsque des recherches complémentaires, l'évolution propre ou les influences thérapeutiques ont donné leur indispensable appoint. Parfois même, et malgré les ressources multiples dont nous disposons actuellement, il ne se dessine pas avec toute la netteté désirable.

L'image radiologique initiale sera donc toujours le point de départ de nos observations et ses caractères

les plus saillants serviront de base à notre classement.

A. — Infiltrats.

Les deux observations de ce groupe concernent des *infiltrats labiles* n'ayant pas fait leur preuve bactériologique et dont l'un relève peut-être de troubles passagers de la ventilation pulmonaire.

Obs. I. — Mme P... Louise, 54 ans. Employée à la S. N. C. F. Examen de dépistage du 9 février 1943 : *Presence d'un infiltrat dense sous la clavicule gauche.* Aucun antécédent pulmonaire. Apyrexie. Ni toux, ni expectoration, pas d'asthénie, mais douleurs tenaces.

Investigations bactériologiques, pas de B. K. Une bronchoscopie, faite à l'hôpital Cochin, a montré un certain degré de sténose de la bronche inférieure gauche, ne paraissant pas cancéreuse.

Chez cette malade suivie régulièrement, les radiographies du 9 novembre et du 10 décembre 1943 (neuf et dix mois après le dépistage) montrent un nettoyage radiologique complet.

Infiltrat labile ; possibilité de troubles passagers de la ventilation pulmonaire.

Obs. II. — M. M... Georges, 32 ans. S. N. C. F.

Le 49 avril 1943 : *Condensation juxta-scissurale de la base droite.* Cliché confirmatif du 22 avril 1943.

A cette date : toux et expectoration abondante ; dyspnée facile, douleurs dorsales.

Fièvre à 38° le soir. Sueurs nocturnes abondantes. Bacilloscopie négative.

Mis au repos et revu le 18 mai 1943.

Nettoyage radiologique complet (scopie et graphie).

Poids stationnaire.

Il s'agissait peut-être d'une affection aiguë, mais un doute persistait touchant une évolution tuberculeuse. Repos un mois.

Revu six mois plus tard : aucun signe clinique ni radiologique.

B. — Condensations pulmonaires non homogènes.

Obs. III. — M. Dr... Lucien, 42 ans. S. N. C. F.

Visite de dépistage du 17 septembre 1942 : *Condensations juxta-médiastinales bilatérales* confirmées par la radiographie. Interprétation délicate. Tuberculose ou condensations d'une maladie de Besnier Boeck-Schaumann.

Pas d'adénopathies.

Cuti-réaction négative. Bacilloscopies répétées négatives.

Examen de sang : 4.360.000 G. R. ; 5.000 G. B. ; 85 % Hb ; Poly-Neutro 61 ; Eosino 2 ; Baso 1 ; Mononucléaires 7 ; Petits lympho 17 ; G. L. 12.

B.-W. négatif.

Asthénie. Dyspnée facile. Pas de fièvre. Anomalies coronariennes de l'électrocardiogramme.

Tomographie du 20 décembre 1943 : à 8, 10 et 12 cm., *opacités bilatérales, non homogènes, excavées.*

Bronchoscopie et prélèvement impossibles.

Pleuroscopie (exploratrice) janvier 1943 : « Taches pigmentaires noires sur le poumon et plage anthracosique dense, d'un noir homogène, ne laissant plus voir le dessin alvéolaire, étendue à tout le versant de la scissure, correspondant au lobe supérieur (partie latérale et postérieure) et atteignant presque le sommet. Il persiste une calotte de poumon normal. Limitation linéaire en créneaux entre l'anthracose et le poumon normal. »

Ce sont ici les données de la pleuroscopie qui ont fait conclure, en présence de cette image radiologique d'interprétation difficile à une silicose pseudo-tumorale.

Obs. IV. — G..., 44 ans. S. N. C. F.

Examen systématique du 22 novembre 1942 : *Opacité du sommet droit*. Radiographie : opacité du sommet droit en partie pleurale : aspect fortement granité sous la clavicule droite.

Antécédents. — 1934 : Pleurésie droite.

1939 : Abscès du poumon ayant nécessité une hospitalisation de trois mois. Considéré comme guéri. Cependant depuis cette époque toussé et crache par intermittence.

Apyrexie. Pas d'amaigrissement.

Bacilloscopies répétées négatives.

3 avril 1943. — Tomographies : *Condensation non homogène du sommet droit, sans cavité nette*. Abscès ancien ?

13 août 1943. — Asthénie. Toux. Expectoration. Aurait fait en avril une hémoptysie légère. Scopie : extension de l'opacité du sommet droit.

5 novembre 1943. — Amélioration temporaire et régression partielle. Puis reprise et extension malgré la broncho-aspiration et la position décline.

Rien à tenter chirurgicalement (Dr Maurer).

Décédé le 8 avril 1944. Volumineux abcès gangréneux du lobe supérieur droit.

Obs. V. — P... Armand, 44 ans. S. N. C. F.

Examen systématique de dépistage du 21 décembre 1942. « Condensation non homogène juxta-cardiaque gauche. Peut-être petites cavités en rosaces ». On a pensé à une dilatation bronchique possible et demandé un complément d'examen.

La radiographie (29 décembre 1942) confirme le siège juxta-

cardiaque, mais précise que, s'il s'agit d'une opacité peu dense, elle est cependant homogène.

L'interrogatoire apprend que depuis huit mois existent des douleurs thoraciques juxta-sternales bilatérales et un amaigrissement de 7 à 8 kgr.

Ni toux, ni expectoration. Apyrexie.

Matité et exagération des vibrations vocales dans la moitié inférieure de l'hémithorax gauche.

Bacilloscopie négative.

La tomographie montre des condensations homogènes à 7, 9 et 11 cm.

L'examen broncho-lipiodolé euvisagé lors de la visite de dépistage est différé ; une bronchoscopie est demandée. Bronchoscopie le 25 janvier 1943. « Présence de mucosités dans la bronche du lobe supérieur gauche. Impression de mammelons. Suspicion de néoplasme. Malade à revoir ».

L'examen cyto-bactériologique du prélèvement fait au porte-coton lors de la bronchoscopie ne montre ni B. K. ni éléments cellulaires suspects.

Nouvelle bronchoscopie deux mois plus tard, au cours de laquelle est fait un prélèvement biopsique dans la bronche supérieure gauche : *Epithelioma malpighien spino-cellulaire typique*. La bronchoscopie ayant montré un éperon trachéal normal, souple, non élargi, une pneumectomie est décidée.

Au cours de l'intervention, la dissociation des éléments du pédicule s'est avérée périlleuse, adhérences, présence de deux ganglions manifestement néoplasiques à la face postérieure de la bronche.

Décès post-opératoire.

L'examen anatomique de la pièce montre une sténose très serrée et anfractueuse et dans le territoire correspondant des ectasies de toutes les bronches secondaires. Toute la partie

antéro-inférieure du lobe supérieur gauche est infiltrée de tissu néoplasique blanchâtre, dur, traversé de cloisons fibreuses anastomosées en réseau.

Etude anatomique intéressante : d'une part, elle semble rendre compte de l'aspect de condensation non homogène, des petites cavités en rosace, notés lors de la visite de dépistage ; d'autre part, elle témoigne de la difficulté qui existe à juger du stade évolutif du néoplasme. Les données de la bronchoscopie et de la radiologie auraient pu faire croire à un néo au début (atélectasie sous sténose), alors qu'en fait l'image radiologique répondait à un envahissement néoplasique étendu du parenchyme pulmonaire.

C. — Images cavitaires non tuberculeuses.

Un kyste aérien : observation VI.

Une maladie polykystique : observation VII.

Obs. VI. — (Communiquée par M. le Dr P. Pruvost).

R..., manutentionnaire P. L. M. Examen systématique du 20 juillet 1942 : « *Cavité arrondie du volume d'une orange avec petit niveau liquide ; siège : base droite, en plein parenchyme, à égale distance du bord droit du cœur et de la paroi thoracique* ». Hospitalisation dans le Service du Dr P. Pruvost pour complément d'observation.

— Antécédents familiaux très chargés : mère morte à 52 ans de tuberculose, une sœur et un frère morts également de la même maladie.

— A l'opposé, chez le porteur de cette image suspecte aucun antécédent pathologique notable. Aucun signe de foyer tuberculeux évolutif : poids 70 kgr. pas de fièvre, aucune anomalie à l'auscultation. L'examen radiographique et tomographique con-

firme l'existence d'une cavité de la base droite ; les contours en sont parfaitement réguliers, mais très fins à la partie supérieure où ils s'aperçoivent à peine, bien dessinés au contraire au pôle inférieur où existe un petit niveau liquide.

L'absence de bacilles plusieurs fois constatée, ajoutée à l'absence de signes inflammatoires et aux caractères précités de la cavité permet d'écarter l'idée d'une caverne tuberculeuse.

L'éventualité d'un kyste aérien est, par contre, très vraisemblable. S'agit-il d'un kyste congénital, ou d'une bulle d'emphyseme ? Il nous paraît difficile de pousser plus avant ce diagnostic d'autant que l'examen ne montre chez ce malade, ni malformation d'un autre organe pouvant faire penser plutôt à une origine congénitale, ni signe de sténose ou de sclérose en faveur d'un kyste aérien acquis, autrement dit, d'une bulle d'emphyseme.

Obs. VII. — (Communiquée par M. le Dr P. Pruvost).

M. Da..., 30 ans. Ayant la phobie de la tuberculose se présente à la consultation de physiologie de l'hôpital Tenon pour examen. Rien, à vrai dire, ne laisse supposer une atteinte possible de l'appareil respiratoire : ni toux, ni expectoration, état général excellent, température normale ; aucun signe de lésion en foye à l'examen.

Toutefois la radioscopie permet de découvrir à la *partie moyenne de l'hémithorax droit une image suspecte, difficile à préciser, de la grosseur d'une pièce de deux francs*. La radiographie révèle en ce point une image très finement cerclée, très régulière, se projetant dans un parenchyme d'apparence tout à fait normale. A côté de l'image principale, il semble cependant bien exister d'autres formations du même type, mais de calibre beaucoup plus restreint.

Après lipiodol bronchique, les contours de l'image sont im-

prégnés et soulignés : de plus, apparaissent nettement alors cinq à six cavités de dimensions plus réduites, groupées les unes à côté des autres autour de la première.

Un examen de profil montre que l'ensemble se situe sur un plan postérieur au hile.

Ces kystes aériens typiques peuvent être rangés dans le groupe des maladies polykystiques.

D. — Opacités homogènes tumorales ou kystiques en plein parenchyme.

Observation VIII : Tumeur ou kyste.

Observation IX : Abscès post-opératoire.

Obs. VIII. — M... Angèle, 40 ans (communiquée par M. le Dr P. Pruvost). Examen systématique du thorax chez une malade venue consulter à Lariboisière pour une affection gastrique et qui n'avait jamais présenté aucun signe de lésion pulmonaire.

Opacité dense, homogène, à contours nets, arrondie, se situant dans la moitié supérieure de l'hémithorax droit, à 2 cm. du bord inférieur de la clavicule, et à 1 cm. environ du médiastin, plus éloignée de la paroi axillaire. Cette image immobile, parfaitement homogène, d'aspect tumoral, n'a jamais entraîné de manifestations d'ordre pulmonaire ou général. Il en est de même au cours des trois années d'observation qui suivent ce premier examen systématique, années pendant lesquelles l'opacité ne subit elle-même aucune modification. Etant donné son caractère latent, sa stabilité, l'absence d'accroissement ou de retentissement sur l'état général, cette tumeur (ou ce kyste) peut être rangée dans le cadre des tumeurs bénignes. La malade qui s'était refusée à tout autre investigation a été perdue de vue en 1927.

Bien qu'il n'eût pas à proprement parler dans la catégorie

des faits du dépistage *collectif*, systématique tel qu'il est actuellement conçu, nous avons cru pouvoir rapprocher ce cas des précédents auxquels il s'apparente par bien des côtés.

Obs. IX. — Per..., 44 ans, S. N. C. F. *Abcès post-opératoire.*

Examen systématique le 21 décembre 1942 : *Opacité ovalaire dense, juxta-hilaire gauche.*

Antécédents : Gastrectomie pour ulcus en octobre 1942. Alors qu'il quittait l'hôpital « commencement de congestion pulmonaire » dont les symptômes se sont rapidement amendés.

Bronchite tous les hivers depuis 1918. Actuellement, tousses et crache, aurait eu des crachats fétides.

Bon appétit. Apyrexie.

B. K. : 0.

Le 23 février 1943 : bronchoscopie, répétée le 8 mars 1943, pas de sécrétion purulente.

Le 23 mars 1943 : tomographie ; opacité dense ovalaire non excavée, juxta-hilaire gauche, bien visible à 11 cm. L'évolution s'est poursuivie apyrétique, avec une parfaite conservation de l'état général. Aux examens ultérieurs (le dernier du 4 janvier 1944), l'image radiologique reste inchangée.

Malgré le caractère anatomique bénin de la pièce de gastrectomie « ulcus térébrant sans aucun signe de transformation maligne » l'éventualité d'un processus tumoral non infectieux ne peut être éliminée à coup sûr dans ce cas.

E. — Images médiastinales.

1^o Les unes assez faciles à classer :

Homogènes, denses,

Postérieures, accolées à l'ombre vertébrale :

Neurinomes : obs. X et obs. XI.

Dans ce groupe nous rangerons encore une observation de pleurésie enkystée qui longtemps fut prise pour un neurinome : obs. XII.

2° Les autres très diverses groupent des faits certainement disparates.

— Quant à leur étiologie qui bien souvent demeure imprécise.

— Quant à leur pronostic.

Nous trouvons dans cette catégorie .

- a) des kystes bénins : obs. XIII et obs. XIV ;
- b) une formation kystique maligne : obs. XV ;
- c) des tumeurs solides : obs. XVI et obs. XVII.

Obs. X. — L... Daniel, 8 ans, enfant de cheminot. Neurinome.

Examen systématique du 27 juin 1941. *Opacité franche, homogène, doublant au contact le bord gauche du cœur, non battante, non expansible, se dégageant en oblique antérieure gauche et de profil, où elle se projette sur un plan postérieur à l'opacité cardiaque.*

Il s'agit d'un enfant délicat, mais rarement malade, qui tousse un peu. Une radioscopie aurait été faite chez lui il y a quatre ans.

L'auscultation pulmonaire et cardiaque est négative.

La cuti-réaction à la tuberculine, négative.

Il y a quelques années, contact fréquent avec un chien : la réaction de Casoni donne une rougeur légère de la taille d'une demi lentille, sans élévation ni prurit. La numération globulaire montre une anémie modérée à 3.910.000 avec 70 % d'hémoglobine, la formule leucocytaire est normale : 6.500 G. B. avec 2 % d'éosinophiles.

Les radiographies confirment les données de la radioscopie : image très postérieure, opacité de type liquidien ou tumoral.

L'enfant est revu le 26 septembre 1941, à l'occasion de fréquents malaises digestifs : vomissements, anorexie pour certains aliments, épisodes diarrhéiques. L'abdomen est un peu météorisé, sans ascite, sans réaction appendiculaire.

La pâleur est plus marquée et le caractère de l'enfant se serait modifié.

Les caractères de l'image thoracique se montrent inchangés.

Une pleuroscopie (diagnostique) est décidée, qui est pratiquée le 8 novembre 1941.

Les deux lobes pulmonaires apparaissent sains ; indépendamment d'eux, on voit une masse assez volumineuse, arrondie, rosée, parcourue de vaisseaux, mobile.

Cette masse est implantée sur le col des côtes par une base large et solide, donnant l'impression d'adhérences fibreuses. L'aorte est bien visible, au voisinage de la tumeur qui ne contracte avec elle aucune adhérence. Le diagnostic de neurinome apparaît comme le plus vraisemblable.

Intervention le 29 novembre 1941 qui permet l'extirpation par voie transpleurale d'un neurinome médiastinal à développement intra-pleural, émettant un prolongement du volume d'une noix vers le trou de conjugaison.

Suites opératoires sans incident. Guérison.

A noter dans cette observation l'intérêt de la pleuroscopie :
intérêt diagnostique ;
intérêt thérapeutique : prévoit une intervention relativement aisée, du fait de l'absence d'adhérences.

Obs. XI. — H..., S. N. C. F., 51 ans (Neurinome).

Examen systématique au wagon radiologique du 4 mars 1943 :
Opacité para-hilaire arrondie, homogène, dense, du volume d'une orange.

Chez ce sujet aucun signe fonctionnel, aucune modification de l'état général, aucun antécédent pathologique.

La radiographie du 9 mars 1943 montre la même opacité, dense, juxta-médiastinale droite, à contours linéaires nets. Le profil et les tomographies précisent qu'il s'agit d'une image postérieure visible entre 4 et 10 cm.

Le B.-W. sanguin est négatif.

La réaction de Casoni négative.

La numération globulaire donne 4.470.000 G. R. avec 90 % d'hémoglobine, 5.800 leucocytes et 3 % d'éosinophiles.

Entre mars et juillet 1943 l'image radiologique ne subit aucune modification. Les examens successifs montrent toujours un état général excellent.

Le 1^{er} juillet 1943 : pleuroscopie exploratrice : Tumeur extrapleurale, pariétale, insérée sur la tête des côtes en un prolongement plus évasé. Consistance très ferme : tous signes en faveur d'un neurinome.

Intervention le 9 novembre 1943 : extirpation d'un neurinome. Suites opératoires compliquées d'un épanchement qui laissera après résorption une héli-rétraction thoracique légère.

Revu le 20 avril 1944 en bon état.

Obs. XII. — D... Georges, 9 ans, enfant de cheminot (pleurésie enkystée axillaire postérieure).

Examen de dépistage au wagon radiologique le 19 janvier 1942 : *opacité axillaire postérieure gauche, ovalaire, à grand axe vertical, dense, homogène, d'aspect tumoral.* Clichés confirmatifs : masse homogène accolée à l'ombre costo-vertébrale.

Notion de pleurésie pneumococcique gauche en mars 1941, soit onze mois avant l'examen de dépistage.

Pâleur de la face, mais conservation d'un bon état général.

Apyrexie. Aucun signe fonctionnel actuel. Considéré comme guéri et depuis longtemps, par son médecin.

Des tentatives de pneumothorax gauche restent infructueuses ; du fait de la symphyse pleurale, on se croit autorisé à tenter une biopsie de cette masse axillaire postérieure ; c'est, au cours de cette tentative, la présence de pus retiré par ponction, qui permet de rectifier le diagnostic : il s'agit d'une pleurésie enkystée axillaire postérieure, collée à l'ombre vertébrale. Le pus est un pus stérile, sans B. K., contenant de nombreux polynucléaires. Ni culture, ni inoculation au cobaye.

Des ponctions espacées de 15 en 15 jours, jointes à des lavages de la poche entraînent en six mois une réduction considérable du volume de celle-ci. L'assèchement est obtenu en septembre 1942 et le 7 juillet 1943, il n'y a plus trace de la poche. On conçoit aisément que cette pleurésie enkystée absolument latente ait pu faire croire jusqu'à la ponction à une tumeur (Neurinome).

Les trois observations suivantes (13, 14 et 15) ont fait l'objet d'une communication de M. J.-L. Roux-Berger et de Mme Blanchy-Roux-Berger à l'Académie de Chirurgie (Séance du 11 novembre 1942).

Nous en donnons ici la substance et les points essentiels à notre étude. Les deux premières concernent des formations kystiques, d'allure bénigne, la troisième une tumeur kystique médiastinale probablement maligne.

Obs. XIII. — Ram..., 17 ans. Apprenti menuisier S. N. C. F.

Examen radioscopique systématique du 12 janvier 1937 : opacité arrondie de la base droite, sus-diaphragmatique et latéro-cardiaque. Bien limitée sauf à la partie supérieure, volume d'une orange. Elle suit le diaphragme sans interposition de parenchyme pulmonaire ; elle est séparée du cœur par une bande claire. La radiographie de profil montre une masse de siège

très antérieur, aplatie d'avant en arrière. Les tomographies à 10 et 13 cm. confirment ce siège et précisent les contours plus polygonaux que circulaires de l'opacité.

Excellent état général ; aucun trouble fonctionnel ; aucun signe clinique. Cuti-réactions négatives. Casoni négatif. B. W. négatif. Numération et formule sanguine normales.

L'exploration broncho-lipiodolée permet d'injecter toute la base pulmonaire, mais le lipiodol contourne la tumeur sans la pénétrer.

De 1937 à 1940, vie normale ; aucune modification de l'image radiologique.

Avril 1941 : Création d'un pneumothorax droit suivi de pleuroscopie : tumeur kystique mobile, paraissant appendue à la scissure, coiffée à son pôle supérieur d'une languette pulmonaire triangulaire mobile sur elle. Pas de lobe moyen visible ; celui-ci semble remplacé par le kyste et l'ébauche pulmonaire qui le coiffe ; le diagnostic de kyste séreux congénital devient alors à peu près certain en raison de la connexion avec la scissure et de la situation à la place du lobe moyen. Opéré le 8 mai 1941. L'examen histologique de la pièce fait conclure à un kyste broncho pulmonaire. Ce jeune homme a récupéré par la suite un poids normal de 72 kgr. et a repris son travail d'ajusteur.

Obs. XIV. — Mon..., 49 ans. S. N. C. F.

Examen radioscopique systématique du 1^{er} décembre 1941 : *Opacité intra-thoracique qui se projette de face contre le bord droit du cœur, mais qui, de profil, se situe en arrière, contre la colonne vertébrale. Masse arrondie, bien limitée, dense, du volume d'une prune.*

Aucun trouble fonctionnel ni général, aucun signe clinique. Cuti-réaction à la tuberculine positive. Après pneumothorax la tumeur est déplacée en dedans et disparaît presque derrière le

cœur, mais la radiographie de profil révèle qu'elle est ovale et appendue par un pédicule mince à la colonne vertébrale à quelques centimètres au-dessus du diaphragme.

Pleuroscopie (25 avril 1942) : la tumeur apparaît comme une figue translucide, à parois minces, appendue en haut au rachis par un pédicule étroit, vélamenteux qui semble être une évagination de la plèvre pariétale. Cette poche liquide est mobile sur son pédicule qui constitue sa seule attache. Son ablation chirurgicale paraît devoir être facile, mais la situation près de la gouttière vertébrale, qui avait tout d'abord éveillé l'idée d'un neurinome, fait suspecter la possibilité d'une méningocèle d'ailleurs peu vraisemblable.

Opération le 17 juin 1942 : exérèse de la tumeur. Suites opératoires très simples.

Le compte rendu histologique (Dr Gricoureff) conclut à une production organoïde de nature dysembryoplasique évidente. Ce kyste pourrait être considéré comme représentant les restes d'un bourgeon trachéal abortif ayant conservé la structure primitive de type œsophagien. Ce bourgeon surnuméraire, né de l'intestin céphalique, aurait refoulé la plèvre, tout comme des bourgeons normaux et s'en serait entouré. Son extrémité distale au lieu de former des bronches et des lobes pulmonaires se serait dilatée en un kyste intra-pleural.

Obs. XV. — Dup..., 20 ans. Etudiant.

Examen systématique pratiqué en 1941 par M. le Dr E. Rist : « Opacité dense, homogène, semi-elliptique, juxta-cardiaque droite. » Excellent état général. Aucun signe clinique ni stéthacoustique. La famille ne suit pas les conseils qui sont donnés en vue d'examens plus complets. Casoni négatif. Cuti-réaction négative et qui le restera. En mars 1942, M. le Dr Rist constate une augmentation nette du volume de la masse, située très en avant contre la paroi thoracique :

Après pneumothorax, les rapports de la tumeur sont modifiés. Elle se détache du diaphragme sur lequel elle était auparavant affaissée ; dans l'inspiration, elle se détache aussi de l'oreillette droite, mais sa moitié interne est largement accolée au médiastin.

La pleuroscopie (18 avril 1942) confirme le diagnostic de kyste séreux à paroi mince translucide dont le pédicule s'implante par une large base sur le médiastin à la hauteur du pédicule pulmonaire. La tumeur d'aspect piriforme n'adhère ni au diaphragme, ni au poumon.

Opération le 16 mai 1942 : après ponction du kyste qui ramène un liquide jaune clair, la poche est disséquée « comme un sac de hernie ». Cette libération s'avère par place très difficile : adhérences, vaisseaux. Présence de deux ganglions de petit volume, rouges, situés contre la paroi du kyste dans la profondeur. Aucune communication avec la bronche. Suites opératoires simples. Cet étudiant a quitté l'hôpital 24 jours après l'intervention et a repris sa vie normale en octobre 1942. A ce moment image thoracique normale.

L'étude anatomique de la pièce montre qu'il s'agit d'un pseudo-kyste par désintégration et ramollissement, puis liquéfaction de la partie centrale de la tumeur. La coque et son contenu renferment des amas épithéliaux d'allure maligne, intimement mêlés au tissu lymphatique, ce qui fait penser à l'origine lymphoïde ou réticulo-endothéliale locale de cette néo-formation.

Conclusion : tumeur kystique médiastinale probablement maligne, d'origine indéterminée.

Les observations 16 et 17 répondent à des *tumeurs solides*, l'une réellement médiastinale, l'autre intrapulmonaire (diagnostic de siège exact fait par la pleuroscopie). Pour ces deux cas aucune étiologie n'a pu être précisée.

Obs. XVI. — Ph..., 51 ans. S. N. C. F.

Examen systématique du 14 décembre 1943.

Masse hilare droite volumineuse (œuf d'autruche) plus haute que large, non expansive. Le sujet se sait porteur d'une anomalie thoracique et apporte une radiographie vieille d'un an.

Depuis, la masse a doublé de volume et s'est étendue notablement vers le bas.

Depuis 4 à 5 ans est apparue de la dyspnée d'effort, plus marquée à certains moments. Aucun autre signe fonctionnel ni général ; tachycardie à 108. Pas d'amaigrissement. Aurait pris 3 kgr. dans l'année. Pression artérielle normale et égale aux deux membres supérieurs.

Les antécédents n'apportent aucun renseignement utile : pleurite (?) en 1917, gazé en 1918. Pneumonie double en 1921.

La radiographie pratiquée après pneumothorax, montre que la tumeur refoule en dedans la trachée et l'aorte. Elle paraît encapsulée en dedans et en haut, mais sans limites nettes en bas.

L'étude des tomographies est particulièrement instructive : l'opacité n'est pas homogène ; par places et surtout dans la moitié inférieure de l'image se dessinent des opacités plus denses, alternant avec des zones plus claires évoquant l'idée d'un kyste dermoïde. La masse est encapsulée en dehors, en haut et en dedans où elle refoule la trachée. En bas, pas de limite nette.

La pleuroscopie pratiquée dans un but diagnostique n'a pas permis de voir la surface de la tumeur qui est *intra-pulmonaire*. Toutefois la palpation avec un instrument mousse, révèle une dureté qui semble peu éloignée de la corticalité.

Ce malade est suivi régulièrement depuis 1943 et a été revu en 1944. La tumeur connue depuis 1941, évolue avec des périodes d'extension locale et des phases de stabilisation. Sur les conseils

de son médecin traitant, le malade a été soumis à des séries discontinues de séances de radiothérapie, qui, sans modifier en quoi que ce soit l'image thoracique et sans paraître susceptibles d'enrayer l'évolution, ont indiscutablement une influence favorable sur les troubles fonctionnels, la dyspnée en particulier.

Le traitement chirurgical ne peut être envisagé ici sans risques graves et l'imprécision du diagnostic, la lenteur de l'évolution, la tolérance relative n'ont pas incité à donner des conseils dans ce sens.

Obs. XVII. — Jim..., 30 ans. S. N. C. F.

Examen radioscopique systématique du 1^{er} décembre 1942 : *Grosse opacité homogène juxta-médiastinale droite. Asthénie Point de côté gauche. Amaigrissement de 15 kgr. Appétit conservé.*

La radiographie confirme l'opacité, franche, juxta-médiastinale droite en forme de « brioche » antérieure.

Un pneumothorax droit est créé le 12 décembre 1942 en vue de pleuroscopie ultérieure dans un but diagnostique. Celle-ci ne permet pas de se faire une idée très précise de la topographie de la masse, qui, recouverte de la plèvre médiastine, apparaît bilobée par le pédicule pulmonaire qui l'enjambe. Le poumon semble refoulé par la masse. Au contact, celle-ci est rénitente, pas de dureté ligneuse. La pleuroscopie montre de plus, sur le lobe supérieur une tache blanche demi-lenticulaire qu'on ne peut interpréter (tubercule ou néoplasme ?) Le reste du poumon est de coloration parfaitement normale.

Une nouvelle pleuroscopie faite un an plus tard (4 décembre 1943) précise que la tumeur, recouverte par la plèvre médiastine, est intimement liée au poumon qui la recouvre comme un dôme, et ne peut en être dissociée ; la zone d'adhérence de la tumeur au poumon est marquée par un sillon curviligne. Vers le

bas, la tumeur se détache du médiastin, mais y est solidement fixée par une bande fibreuse.

Il s'agit d'une tumeur solide, mamelonnée de coloration blanc-rose, avec des stries fibreuses.

Entre les deux explorations, soit pendant un an, aucun signe nouveau n'est apparu : la tumeur est parfaitement tolérée, n'entraîne qu'un minimum de signes fonctionnels. L'état général ne s'est pas modifié. Localement, aucun signe d'extension de la tumeur, aucun signe de compression.

Il s'agit d'une tumeur médiastinale solide ; son aspect en brioche, à la radiographie, son caractère tourmenté, mamelonné à la pleuroscopie, ne suffisent pas à faire admettre le diagnostic de tumeur ganglionnaire (Hodgkin par exemple) ; d'ailleurs aucun résultat d'examen ne permet de s'orienter dans ce sens :

- numération et formule sanguine normales.
- aucune adénopathie dans les territoires satellites.
- foie et rate normaux.

B.-W. sanguin négatif.

Toutefois on surseoit à une intervention ; en raison des adhérences étendues médiastinales et pulmonaires, celle-ci ne se présentait pas sans risques graves.

La notion de tolérance parfaite pendant au moins un an, constituait encore une raison pour garder cette position d'attente.

F. — Images pleurales.

Nous trouvons ici deux pneumothorax spontanés et une pleurésie enkystée.

Obs. XVIII. — L..., 54 ans. S. N. C. F.

Examen radioscopique systématique du 15 septembre 1942 : *Pneumothorax spontané apical gauche*. On apprend que 48 heures auparavant ce sujet a présenté une douleur vive, s'accompagnant de dyspnée et d'un état presque syncopal, de palpitations qui ont fait penser à un malaise d'origine cardiaque. Pas de fièvre. Pas d'asthénie. Pas d'anorexie.

Cet ouvrier est suivi aux examens périodiques depuis 1936 : l'image thoracique s'était jusqu'alors montrée normale, en dehors d'une immobilité des deux diaphragmes et d'un cal d'une fracture de côte ancienne, à droite. B. K. : 0.

Il s'agit d'un *emphysémateux* qui, tous les hivers, présente des accidents broncho-pulmonaires fugaces.

Revu le 13 octobre 1942, l'épanchement gazeux est en voie de résorption.

Le 11 mai 1943 : image thoracique normale.

Obs. XIX. — H..., 36 ans. S. N. C. F.

Examen systématique : visite de dépistage au wagon radiologique le 19 novembre 1942 : *Pneumothorax spontané droit, total*.

En juin 1942, conduisant une brouette, s'est trouvé anormalement essoufflé à la montée. A vu le médecin qui l'a examiné et a conclu à une « aérophagie ». Depuis dyspnée facile à l'effort.

Radiographie du 20 novembre 1942 : pneumothorax droit total, électif de la base droite.

Température normale. Aucune modification de l'état général. Bacilloscopie négative.

Mis au repos sous surveillance, traité par des injections de 1 mgr. d'adrénaline, trois fois par semaine, longtemps poursuivies.

La réexpansion se fait lentement. Elle est presque complète trois mois plus tard. La dyspnée s'atténue puis disparaît.

Une radiographie du 18 mai 1943 montre le poumon à la paroi et une image thoracique normale.

A repris son service le 25 mai 1943. Surveillance régulière.

Revu le 3 mars 1944 : état très satisfaisant.

Radiographie : image thoracique normale ; légère hémirétraction thoracique droite.

Obs. XX. — Po..., 30 ans. S. N. C. F.

Examen radiologique de dépistage du 21 avril 1943 : « *Opacité franche de la base droite, se projetant dans le tiers externe de l'hémithorax, éten lue du diaphragme au creux axillaire* ».

L'interrogatoire apporte la notion d'une pleurésie en 1939.

Actuellement : asthénie discrète ; toux, expectoration non bacillifère, peu abondante.

Mis au repos. Revu le 2 novembre 1943 : asthénie légère, température normale. Amaigrissement de 1 kgr. en deux mois. A la radio : opacité limitée au sinus costo-diaphragmatique droit, dessinant une image triangulaire à base externe.

Le 4 janvier 1944 : le cliché montre seulement des calcifications pleurales droites ; l'image pulmonaire est normale.

Diagnostic : pleurésie enkystée ignorée de la base droite, évoluant sans signes fonctionnels ou généraux notables. L'examen systématique semble avoir été ici très utile ; ce malade ne risquait-il pas, en poursuivant son travail, des accidents locaux ou généraux graves ?

G. — Anomalies sortant du cadre de la Pneumologie.

Dans ce dernier chapitre, nous avons groupé des observations succinctes et très diverses touchant la pathologie thyroïdienne ou la gastro-entérologie.

Trois goitres.

Obs. XXI. — Gu..., 44 ans. S. N. C. F. Examen systématique du 14 décembre 1942 : *Opacité du sommet droit, mobile à la déglutition.*

Il coexiste un petit goitre externe, lui aussi mobile à la déglutition.

La radiographie confirme le diagnostic : goitre plongeant intra-thoracique droit, en partie calcifié.

Obs. XXII. — Gr..., 49 ans. S. N. C. F.

Examen de dépistage du 9 décembre 1942. *Opacité arrondie du sommet droit, ne se dissociant pas du tractus œsophago-trachéal, faisant penser à un diverticule de l'œsophage ou à un goitre plongeant. Tumeur mobile à la déglutition.*

— Radiographie avec ingestion de bouillie barytée : l'œsophage est légèrement dévié par la tumeur qui se situe plutôt dans la moitié postérieure du thorax.

Pas de signes fonctionnels. Cœur normal. T. A. 19-11. Aucune masse perceptible à la palpation du creux sus-sternal.

Obs. XXIII. — R..., 56 ans. S. N. C. F.

Examen de dépistage du 21 octobre 1942. *Opacité de la moitié interne du sommet droit, mobile à la déglutition. Goitre probable.*

Aucun signe fonctionnel. Cœur normal.

Aucune masse accessible à la palpation du creux sus-sternal.

Deux dolichocôlons.

Obs. XXIV. — Mi... Robert, 36 ans. S. N. C. F.

Examen systématique du 31 janvier 1944 : Poumons normaux. *Grosse aérocolie débordant sur le foie. Un lavement baryté est demandé.*

Le 7 février 1944 : le lavement monte verticalement jusqu'au

diaphragme ; deux litres de bouillie distendent l'anse sigmoïde ; deux nouveaux litres permettent la progression du lavement à travers les autres segments du côlon qui dessine un vaste repli. Après évacuation, persistance d'une grande partie de la bouillie.

Obs. XXV. — Fa..., S. N. C. F.

Examen de dépistage du 31 janvier 1944. Poumons normaux. *Aérocolie considérable soulevant le diaphragme qui n'est pas paralysé.*

Le lavement baryté monte verticalement jusqu'au diaphragme dessinant un sigmoïde allongé, mais de calibre normal. Temps d'arrêt prolongé à l'angle splénique où sont accumulés les gaz. Longue boucle du côlon transverse et ascendant. Cæcum difficile à préciser. Après évacuation, l'anse sigmoïde vidée reprend des dimensions subnormales.

Dolichocôlon total, mais réductible.

Enfin nous relevons trois cas d'inversion viscérale que nous ne faisons que signaler et une hernie diaphragmatique dont l'observation a été publiée par le Dr Sauvage.

DEUXIÈME PARTIE

STATISTIQUES

ET RÉSULTATS ACQUIS

I. — Nos chiffres.

Dans l'exposé des observations nous ne pouvions faire état de toutes les anomalies rencontrées, et seules ont été relevées celles qui semblaient présenter un intérêt diagnostique ou thérapeutique. Ainsi les anomalies osseuses (synostoses, côtes cervicales, etc,..) ont été passées sous silence. Le dépistage ne constitue pour les porteurs d'anomalies qu'un premier examen sommaire, nécessairement rapide, demandant, lorsqu'il en est besoin, d'être suivi d'examens complémentaires et d'une mise en observation dans un centre compétent ; et nous n'avons pas voulu rapporter ici, en détail, certaines anomalies viscérales (cardiaques par exemple) pour lesquelles manquaient les données solides, celles qui sont postérieures à l'examen du dépistage (aortites, cardiomégalies).

Par contre, nous avons relaté certaines observations qui ne doivent pas entrer dans cet essai de statis-

tique (obs. VI, VII, VIII, XV) dont la source est différente.

Pour d'autres, la source étant la même, une question de date, ou d'âge intervient, qui les fait également soustraire de cette statistique (obs. X, XII, XIII, XIV, XVI, XXIV et XXV).

Au total, et pour les raisons indiquées ci-dessus, sur nos 29 observations, 18 seulement entrent dans le tableau dont il va être fait état. Ce tableau comprend les examens systématiques pratiqués dans la région ouest (région parisienne) et les services centraux de Paris de la S. N. C. F. (Dr M. Blanchy-Roux-Berger) du 31 août 1942 au 1^{er} juin 1943. Durant cette période :

22.482 sujets ont été examinés. Sur ce nombre :

19.438 images thoraciques normales soit 86,46 %

2.124 anomalies pleuro-pulmonaires ne nécessitant pas de surveillance soit 9,44 %.

435 anomalies pulmonaires demandant une surveillance soit 1,9 %.

244 anomalies non pulmonaires (os. viscères) :
1,08 %.

84 tuberculoses dépistées et confirmées :
0,36 %.

Ces chiffres demandent immédiatement quelques commentaires.

1. Parmi les anomalies non pulmonaires, et spécialement pour ce qui touche la pathologie osseuse, un

certain nombre de cas a trait à des anomalies congénitales ou à des lésions anciennes et fixées (synostoses, côtes cervicales, cals exubérants, etc...) qui n'enlèvent rien aux capacités vitale et fonctionnelle de celui qui les porté. Il s'agit de *faits anatomiques sans conséquences pratiques* et l'on devrait logiquement en faire abstraction. En évaluant ces cas anodins à la moitié du chiffre indiqué pour les anomalies non pulmonaires (1,08 %), soit 0,54 %, on demeurerait à coup sûr dans les limites de la vérité. Après cette soustraction il n'en resterait pas moins que 2,44 % (1,9 et 0,54) des sujets examinés à l'écran sont porteurs d'anomalies pulmonaires non tuberculeuses, ne faisant pas leur preuve étiologique, ou d'anomalies extra-pulmonaires qui, dans tous les cas, conditionnent une surveillance médicale et sont susceptibles d'entraîner un jour des manifestations morbides. Ce chiffre de 2,44 % nous paraît encore énorme.

2. *En réalité, si l'on veut bien ne pas se limiter aux données d'une statistique qui ne tient aucun compte de l'évolution*, on s'aperçoit très vite que le chiffre des tuberculoses certaines, bactériologiquement confirmées, augmente dans les mois et les années suivantes de façon appréciable et ce, aux dépens surtout des « anomalies pulmonaires nécessitant une surveillance » (1,9 %). Cette catégorie, qui groupe des altérations très diverses, renferme un assez fort pourcentage « d'images suspectes » dont beaucoup font par la suite la preuve de leur nature tuberculeuse.

Elles ne devraient pas entrer dans notre statistique qui ne veut faire état que de lésions non tuberculeuses.

Une réserve encore : nombre de ces « images suspectes » qui ne font pas leur preuve, disparaissent dans les mois suivants sans laisser de trace. Est-ce un argument suffisant pour infirmer l'étiologie tuberculeuse possible de certaines d'entre elles ? Et n'est-il pas logique d'admettre qu'un bon nombre aurait témoigné cliniquement et bactériologiquement dans l'avenir de cette étiologie, si l'examen de dépistage n'avait fait prendre en temps voulu les mesures nécessaires à leur disparition ?

Aussi lorsqu'on parle d'anomalies pleuro-pulmonaires non tuberculeuses, est-il difficile, même en tenant compte de l'évolution, de donner des chiffres et des pourcentages très précis, sans s'exposer à de grossières erreurs d'interprétation.

A nous en tenir aux observations ici rapportées, entrant dans la statistique, et pour lesquelles les données des examens complémentaires, de l'évolution, de la thérapeutique, ont permis d'affirmer la nature non tuberculeuse (11 observations) nous trouvons un pourcentage de 0,048 % d'anomalies pleuro-pulmonaires non tuberculeuses certaines (au lieu de 1,9 %). Si l'on joint à ce chiffre celui de 0,54 % représentant les anomalies osseuses, viscérales, etc... susceptibles d'assombrir le pronostic fonctionnel ou vital, c'est au total 0,588 % d'anomalies pathologiques pulmonaires ou extra-pulmonaires non tuberculeuses qui ressortent de l'ensemble des sujets examinés.

En dehors de toute tuberculose, certaine, ou suspectée, et en dehors d'anomalies, viscérales ou osseuses, congénitales ou acquises ne modifiant en rien le pronostic d'avenir, c'est donc à 132 sujets sur 22.482 que l'examen systématique de dépistage a rendu service.

Il s'agit là d'un chiffre minimum qui laisse vraisemblablement dans l'ombre des « images suspectes » n'appartenant pas à la tuberculose. Mais à ce point de vue, les tests cliniques, radiologiques, biologiques, que nous pouvons actuellement mettre en œuvre, ne justifient pas, croyons-nous, plus qu'une approximation.

A envisager maintenant ces chiffres sous l'angle du diagnostic, nous trouvons :

2 infiltrats labiles dont l'un est probablement consécutif à des troubles de la ventilation pulmonaire (obs. I et II).

— 2 abcès du poumon (obs. IV et IX), ce dernier post-opératoire.

— 1 silicose pulmonaire (obs. III).

— 1 cancer broncho-pulmonaire (obs. V).

— 1 neurinome (obs. XI).

— 1 tumeur médiastinale d'étiologie non précisée (obs. XVII).

— 1 pleurésie enkystée (obs. XX).

— 2 pneumothorax spontanés (obs. XXVIII, XIX).

— 3 goitres intra-thoraciques (obs. XXI, XXII, XXIII).

— 3 inversions viscérales.

— 1 hernie diaphragmatique.

Au total, 18 observations entrant dans le cadre de la statistique, dont 11 touchant la pathologie pleuro-pulmonaire.

L'intérêt de ces observations a été étayé par d'autres qui, pour n'être pas comprises dans la statistique, ont toutefois été révélées dans des conditions analogues :

— 1 kyste aérien (obs. VI).

— 1 maladie polykystique (obs. VII).

— 1 tumeur bénigne ou un kyste pulmonaire (obs. VIII).

— 1 neurinome chez un enfant (obs. X).

— 1 kyste broncho-pulmonaire (obs. XIII).

— 1 kyste pleuro-pariétal (obs. XIV).

— 1 tumeur kystique médiastinale maligne (obs. XV).

— 1 tumeur intra-pulmonaire (obs. XVI).

— 1 pleurésie enkystée médiastine postérieure (obs. XII).

— 2 dolichocôlons (obs. XXIV et XXV).

Au total, 11 observations, dont 9 touchant la pathologie pleuro-pulmonaire.

Cet exposé diagnostique nous semble souligner suffisamment à lui seul, l'intérêt du dépistage systématique, en dehors de la tuberculose pulmonaire.

En ce qui concerne la pathologie pleuro-pulmo-

naire, on est tenté de comparer les chiffres du dépistage des affections tuberculeuses et non tuberculeuses, pour en montrer l'importance respective :

a) Lésions tuberculeuses dépistées et confirmées :
84 cas, soit 0,36 %.

b) Affections pleuro-pulmonaires non tuberculeuses
dépistées : 11 cas soit 0,048 %.

En réalité, c'est confronter avec la tuberculose des affections pulmonaires très diverses et ne pas tenir compte du fait que le chiffre des tuberculoses dépistées confirmées est inférieur à celui des tuberculoses existantes, point sur lequel nous nous sommes antérieurement arrêté.

Aussi inexact qu'il soit, ce rapprochement n'en témoigne pas moins de l'intérêt du dépistage systématique en dehors de la tuberculose, dans la seule pathologie pleuro-pulmonaire.

II. — Résultats antérieurement acquis.

Des résultats publiés jusqu'ici dans ce domaine, nous retiendrons essentiellement deux statistiques :

— la première de MM. E. Rist et Bidou (*Archives du Centre de Dépistage et de Prophylaxie de la Tuberculose*, année 1938-1939) concerne des élèves et étudiants des grandes écoles de Paris ;

— la seconde nous a été communiquée par le Dr Bidermann et concerne l'examen d'employés du

réseau de l'Est de la S. N. C. F. au cours d'une année.

A. *La publication de MM. E. Rist et Bidou* vise, avant tout, les résultats du dépistage systématique au point de vue tuberculose ; on y trouve cependant la relation d'anomalies viscérales pulmonaires et extra-pulmonaires non tuberculeuses, les seules qui nous intéressent ici :

10.149 sujets examinés :

— 8 lobes azygos,

— 52 anomalies osseuses :

36 scolioses,

11 côtes cervicales,

4 synostoses (1^{re}, 2^e côtes),

1 tumeur osseuse.

— 22 anomalies cardiaques :

18 cardiomégalies,

2 dextrocardies,

1 saillie anormale de l'arc moyen,

1 malformation congénitale consistant en une tuméfaction battante, bien limitée, du volume d'une mandarine, située contre le bord gauche du cœur et formée à ses dépens ;

2 inversions viscérales totales.

Cette énumération concerne donc surtout des anomalies congénitales osseuses ou viscérales non pulmonaires. En dehors des 8 observations de lobes

azygos, il n'est pas fait état d'anomalies pleuro-pulmonaires congénitales ou acquises non tuberculeuses.

La statistique de M. Bidermann se prête, mieux que la précédente, à un rapprochement avec la nôtre. Elle porte sur un grand nombre d'examens :

- 53.631 sujets examinés. Elle distingue :
- 44.753 images thoraciques normales, soit 83,45 %;
- 8.878 anomalies, soit 16,55 %.

Dans ces anomalies :

- Anomalies pleuro-pulmonaires pratiquement négligeables : 12,35 %. Il reste :
- 403 tuberculoses, soit 0,75 %;
- 120 tuberculoses dépistées, confirmées, soit 0,22 %;
- 910 anomalies pulmonaires ou pleurales nécessitant des mesures spéciales (mise en observation, surveillance périodique), soit 1,69 %;
- 831 anomalies non tuberculeuses (poumons, médiastin, cœur, os, etc), soit 1,54 %.

Cette dernière catégorie est seule censée nous intéresser ; mais ici encore nous faisons remarquer que si beaucoup de cas de la catégorie précédente (« anomalies pulmonaires ou pleurales nécessitant des mesures spéciales ») entrent dans le cadre de la tuberculose, d'autres, sans aucun doute, sont des

anomalies non tuberculeuses. Ces chiffres devraient donc être considérés comme une approximation.

Tenons-nous-en toutefois à ces « anomalies non tuberculeuses » certaines ; nous y rencontrons :

— 2 kystes aériens du poumon.

— 2 abcès du poumon dont l'un fit une vomique peu après le dépistage.

— 5 tumeurs intra-thoraciques, bénignes à en juger par l'évolution.

— 1 maladie de Hodgkin probable à forme médiastinale.

— 1 métastase pulmonaire d'un cancer digestif.

— 3 maladies de Besnier-Boeck-Schaumann, dont :

— une, certaine, affirmée par biopsie ganglionnaire : image de sclérose bilatérale diffuse ; présence d'adénopathies. Cuti : o. Intradermo : o. B.-W. : o. B. K. : o.

— et deux probables :

— a) Infiltration bilatérale à type fibreux : foyer de condensation sous la clavicule droite, cuti et intradermo négatives. B. K. : o dans les crachats et le liquide gastrique.

B.-W. négatif. Sang : forte monocytose.

Observation en sanatorium : toujours pas de B. K. ;

— b) Infiltration très dense, micro-nodulaire bilatérale ; aucun signe fonctionnel ou stéthacoustiqué.

— Bon état général. Cuti et intradermo : 1/50.000, 1/500, 1/100 négatives. Pas de B. K. Sang : monocytose, éosinophilie.

— 6 anévrysmes (4 de la crosse aortique, 2 du tronc brachio-céphalique).

— 3 aortites syphilitiques.

— 2 hernies diaphragmatiques droites, dont 1 opérée.

— 5 inversions viscérales.

Ces chiffres nous paraissent intéressants à plusieurs titres :

— D'une part et bien que les nomenclatures ne soient pas exactement superposables, ils semblent confirmer les nôtres ;

— De plus, ils mettent en évidence des anomalies qui ne ressortaient pas de notre étude :

— maladies de Besnier-Boeck dans la statistique de M. Bidermann.

— anomalies congénitales (lobe azygos) dans celle de MM. E. Rist et Bidou.

Confirmant nos investigations, ils ont le mérite d'en combler les lacunes et de faire mieux encore apparaître l'infinie variété des processus pathologiques révélés par l'examen radiologique de dépistage.

TROISIÈME PARTIE

REMARQUES D'ENSEMBLE ET APPLICATIONS PRATIQUES

Remarques sur les examens complémentaires.

Rien, à vrai dire, n'est ici particulier ou du moins ne sort des cadres des méthodes diagnostiques actuellement utilisées en pathologie pulmonaire.

Les sujets dépistés doivent bénéficier d'une mise en observation qui s'avère très souvent indispensable à l'établissement d'un diagnostic précis.

Si peu que l'image radiologique évoque la tuberculose, le premier point est de vérifier ou d'infirmer son existence par les procédés habituels.

Par ailleurs la notion des courbes de poids et de température, l'étude de la formule sanguine et de la sédimentation globulaire constituent des éléments diagnostiques toujours utiles.

S'il n'est pas de notre propos de passer en revue les différents examens pratiqués, variables avec chaque cas particulier, l'étude des observations mises à notre disposition nous a toutefois semblé justifier quelques remarques.

A. — Les premières concernent les examens radiologiques.

L'important est, après le dépistage, de pouvoir fixer l'image sur un film qui peut apporter des données nouvelles, qui, toujours, précise les caractères initialement reconnus, et permet des comparaisons ultérieures.

Quant à la tomographie, il est indéniable qu'elle donne sur le siège exact et les rapports de l'image pathologique des précisions fort utiles.

En fait, ces précisions, *la radiographie en transverse*, confrontée avec les clichés de face nous a semblé, dans bien des cas, les donner avec la même netteté ; la radiographie de profil a de plus l'avantage incontestable sur la tomographie, de réaliser *une vue d'ensemble concrète de la lésion*.

A notre sens la véritable supériorité *de la tomographie* réside dans le fait que, dissociant les plans superposés, elle renseigne très utilement, sur la *texture même de l'image initiale*. Dans l'observation VII qui a trait à un abcès gangréneux, alors que scopie et graphie s'accordent à donner à l'opacité du sommet droit un caractère homogène, la tomographie précise qu'il s'agit d'une condensation non homogène, bien que sans cavité nette, et fait penser à un abcès ancien. Dans l'observation XI, masse hilaire droite volumineuse, la tomographie révèle encore le caractère non homogène de l'image tumorale ; par places, et surtout dans la moitié inférieure de l'image se dessinent

des opacités plus denses évoquant l'idée d'un kyste dermoïde.

Sans doute, bien souvent, ne s'agit-il que de présomptions ; elles n'en sont pas moins fort utiles et groupées, confrontées avec les autres éléments cliniques, radiologiques, elles amènent aux certitudes diagnostiques.

L'examen radiographique après pneumothorax « par
« la dissociation et le contraste qu'il apporte dans
« les organes intra-thoraciques constitue un moyen
« diagnostique très important ; il permet déjà de
« dégager ce qui est pariétal de ce qui est intra-pul-
« monaire et ce qui est intra-pulmonaire de ce qui
« n'est qu'intra-thoracique, médiastinal par exemple » :
(obs. XIV, XV et XVI).

Sous son influence, les rapports se modifient ; telle opacité qui paraissait accolée au diaphragme ou au bord droit du cœur, s'en dégage nettement et révèle ses seules attaches véritables, médiastinales. La forme même de l'opacité est susceptible d'être modifiée :
« Les kystes, contrairement à ce qu'on imagine,
« apparaissent moins sphériques et moins homogènes,
« qu'un neurinome ; après pneumothorax, ils prennent leur aspect caractéristique par la libération de
« leur assujettissement aux organes intra-thoraciques.
« Cette modification d'un aspect piriforme ou ovoïde
« en une image sphérique ne peut se voir que sur
« une tumeur liquide ; c'est là, pensons-nous, un
« signe différentiel très important de ces tumeurs »

(*Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, 11 novembre 1942.
Kystes et faux kystes intra-thoraciques).

La bronchographie lipiodolée en dehors des ectasies bronchiques, rend parfois d'appréciables services ; précisant ici les rapports d'un kyste liquidien avec la bronche, affirmant ailleurs (obs. VII) le diagnostic de maladie polykystique : le lipiodol bronchique imprègne et souligne les contours de l'image suspecte ; il fait apparaître nettement cinq à six autres cavités de dimensions plus réduites, groupées les unes à côté des autres autour de la première.

B. — Bronchoscopie et pleuroscopie exploratrice.

L'intérêt de la bronchoscopie est souligné par trois de nos observations :

OBS. I : Sténose légère de la bronche inférieure gauche ne paraissant pas cancéreuse.

OBS. V : La bronchoscopie permet d'affirmer par biopsie l'existence d'un épithélioma malpighien spino-cellulaire typique.

OBS. IX : Ses résultats négatifs, l'absence de sécrétion purulente, font émettre de sérieuses réserves, quant à la nature infectieuse de l'opacité radiologique.

La pleuroscopie exploratrice, utilisée dans plusieurs de nos observations, se révèle comme une recherche des plus riche en enseignements.

a) *Dans les néoformations extra-pulmonaires :*

OBS. X, XI : neurinomes, elle permet d'affirmer le diagnostic du fait des caractères mêmes de la tumeur, du siège costo-vertébral de sa base d'implantation.

OBS. XIII, XIV, XV : elle précise la nature kystique des lésions par la translucidité de la paroi, par la consistance de la masse.

b) Alors même que cette exploration se montre vaine au point de vue diagnostic, elle est utile par les précisions qu'elle donne :

Sur le siège, intra ou extra-pulmonaire de la tumeur (obs. XVI : il s'agit d'une tumeur intra-parenchymateuse). La palpation à l'aide d'un instrument mousse révèle dans ce cas une dureté semblant peu éloignée de la paroi.

Sur les connexions de la masse avec le poumon, avec le médiastin, et à ce point de vue on peut la considérer comme « un temps pré-opératoire des plus précieux, permettant d'évaluer les difficultés de l'exérèse et de réduire l'imprévu ». Ici elle incite à intervenir : il s'agit d'une tumeur mobile, libre de toute attache dangereuse médiastinale ou pulmonaire ; ailleurs au contraire, elle fait surseoir à une tentative chirurgicale : obs. XVII ; la pleuroscopie montre que, si la masse est extra-pulmonaire, elle est intimement adhérente au poumon ; l'ablation de cette tumeur médiastinale parfaitement tolérée présentait des risques chirurgicaux dont la pleuroscopie pouvait seule témoigner.

e) Dans un autre domaine, médical cette fois, la pleuroscopie révèle une silicose pseudo-tumorale (obs. III).

Il y a dans cette exploration, bénigne en elle-même, un mode d'investigations plein de ressources et d'intérêt, au double point de vue du diagnostic et des indications thérapeutiques. Nous n'insistons pas sur ces notions qui ont fait l'objet de la thèse d'Acher-Dubois en 1942.

II. — Remarques thérapeutiques.

Elles ne nous retiendront pas longtemps :

1^o Les chiffres que nous avons donné, suffisent à mettre en valeur les services rendus par les examens de dépistage ;

— soit qu'ils permettent simplement de mettre *en temps voulu* un sujet au repos, prévenant de ce seul fait des complications ou une évolution sévères ;

— soit qu'ils commandent une thérapeutique active médicale ou chirurgicale, d'autant plus efficace, d'autant moins dangereuse qu'elle s'applique à des lésions tolérées, et pratiquement non compliquées ;

— soit enfin que, dans l'incertitude persistante du diagnostic exact des lésions, ou devant les risques probables ou certains d'une thérapeutique agressive, ils se cantonnent à faire prendre des précautions utiles.

2^o Nous voulons seulement insister sur la *prudence* qui doit présider aux directives thérapeutiques spécialement lorsqu'il s'agit d'images tumorales.

L'examen de dépistage met en relief une anomalie jusqu'alors ignorée de celui qui en est porteur, une lésion ne conditionnant aucun trouble général ou fonctionnel inquiétant. Cette ignorance, cette latence ne suffisent bien entendu nullement à témoigner du caractère bénin de la lésion et à justifier une abstention thérapeutique.

Il est cependant indéniable, qu'en absence d'un diagnostic précis, cette notion de tolérance doit lourdement peser dans la balance lorsqu'on juge des indications opératoires.

Il convient alors de restreindre au minimum le champ des incertitudes, de s'entourer de toutes les garanties. C'est dans ce sens que l'on multiplie les examens destinés à préciser le diagnostic et les risques opératoires, que l'on s'en remet parfois à des examens réitérés de distance en distance, permettant de juger de la stabilité ou de l'évolutivité de la lésion.

CONCLUSIONS

I. — Utilité des examens de dépistage.

Le terme « découverte d'examen systématique » devrait s'appliquer uniquement à des examens pratiqués sur des sujets n'ayant ressenti jusqu'alors aucun trouble fonctionnel, c'est-à-dire présentant des lésions parfaitement latentes. Très nombreuses, sont dans ce travail, les observations qui montrent la réalité de ces faits en pathologie pulmonaire, et ce, en dehors de lésions tuberculeuses. Quelques-unes cependant de nos observations ne répondent pas exactement aux conditions énumérées plus haut ; et, comme y insistent certains, à fort juste titre, les porteurs de ces anomalies devraient relever non pas d'un *examen de dépistage*, mais d'un *examen de contrôle* ; leurs antécédents, mieux interprétés auraient dû provoquer ce contrôle. En fait, le plus souvent, ces sujets ne se sont pas alarmés, et c'est l'examen systématique de contrôle, en dehors de toute initiative du malade, qui a révélé les anomalies. Ces faits semblent bien justifier l'utilité de ces examens systématiques de dépistage, tant que l'éducation du malade, bien diffi-

cilement réalisable d'ailleurs, sera ce qu'elle est actuellement.

II. — Intérêt de ces examens en dehors de la tuberculose pulmonaire.

Si la tuberculose reste en effet le problème crucial, les faits rapportés montrent :

1^o La diversité très grande des diagnostics que seule une observation minutieuse et les examens complémentaires pratiqués dans un centre compétent permettent de préciser.

2^o L'intérêt clinique de ces faits en pathologie pulmonaire.

3^o Leur intérêt thérapeutique, grâce à l'examen systématique, nombre de ces anomalies découvertes à un stade de latence absolue se présentent dans les conditions les plus favorables à une thérapeutique active.

Vu : le Président de la thèse,
E. CHABROL.

Vu : le Doyen,
A. BAUDOUIN.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,

G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- ACHER-DUBOIS (X. M.). — La pleuroscopie exploratrice dans le diagnostic des affections thoraciques. Thèse Paris, 1942, n° 85.
- AUJALEU. — Influence de la radioscopie systématique sur le pourcentage des réformes prononcées pendant les trois premiers mois du service. Société de Médecine militaire de France, 1938.
- BAJEX. — Médecine préventive des Centres universitaires. Thèse Toulouse, 1938.
- BIDERMANN (A.) et ALIBERT (A.). — Contrôle radiologique à l'admission de plusieurs grandes collectivités. *Revue de la Tuberculose*, 1938, p. 321.
- DETRÉ (G.). — Radioscopie chez les soldats suspects de tuberculose. *Presse médicale*, n° 39, 10 juillet 1919, p. 384.
- EVEN (R.). — Des différents modes de début de la tuberculose pulmonaire chronique. *Presse médicale*, n° 9, 6 mai 1944.
- JEANNERET (R.) et FAMIÉ (F.). — Ombres radiologiques fugaces. *Revue de la Tuberculose*, 14 octobre 1933.
- JULLIEN (L.) et SIEUR (M.). — Quelques découvertes de la radioscopie systématique. *Revue de la Tuberculose*, mars 1937.
- LEDoux-LEBARD et GARCIA-CALDERON. — Diagnostic radiologique des lobes accessoires de la base. *Revue de la Tuberculose*, juin 1933, p. 848.

PRUVOST (P.). — Ce que révèle et ce que précise la radiographie de profil. *Archives médico-chirurgicales de l'App. resp.*, t. XIII, n° 3, p. 223 ; n° 4, p. 311.

RENON (L.). — Alliance de l'hygiène et de la pathologie dans la médecine préventive ; l'examen sanitaire régulier, systématique. Séance de l'Académie de Médecine, 6 déc. 1921.

RIST (E.) et BIDOU. — Activité du centre de dépistage et de prophylaxie de la tuberculose pendant l'année 1938-1939.

ROUX-BERGER (J.-L.) et BLANCHY-ROUX-BERGER (Mme). — Kystes et faux kystes intra-thoraciques. *Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, 1942, t. 68, n° 20.

SALLES. — Radioscopie systématique chez les conscrits. Soc. Méd. Hôp., 14 mars 1902.

SCHREIBER (M. G.). — Utilité des examens médicaux préventifs complets. *Presse médicale*, 10 janvier 1937.

WARNER-WATKINS. — Radiologie thoracique dans les conseils de révision. *American j. of Roentgen*, vol. VI, n° 6, p. 283, 15 juin 1919.

113845